

DOSSIER MEDICAL

Afin de traiter au mieux votre demande, nous vous prions de bien vouloir renseigner la totalité de votre dossier

Etat civil :

Mlle Mme Mr

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Coordonnées :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Téléphone fixe :

Fax :

Téléphone mobile :

E-mail :

Disposez vous d'un compte Skype/MSN Oui Non

Si vous disposez d'un compte, précisez votre pseudo :

.....

Quels sont les horaires auxquels notre conseiller peut vous joindre ? :

.....

Informations médicales

Informations générales

Age :

Taille :

Poids :

Tabagisme Oui Non

- Si oui, nombre de cigarettes par jour :

.....

- Depuis combien de temps fumez vous ?

.....

Antécédents familiaux particuliers (cancer du sein pour la chirurgie des seins) Oui Non

- Si oui, précisez :

.....

.....

Votre intervention

Parmi la liste suivante, de quel(s) type(s) d'intervention souhaitez vous bénéficier :

.....

.....

.....

VISAGE

1. Chirurgie Réfractive (laser eximer)

Médecine esthétique

2. Botox
3. Complements (plis nasogéniens, lèvres, pommettes)
4. Mesolift

Chirurgie des paupières

5. Blépharoplastie : 2 paupières
6. Blépharoplastie : 4 paupières

Chirurgie du nez

7. Rhinoplastie

Chirurgie du visage

8. Lifting complet
9. Lifting visage + cou

Chirurgie dentaire

10. Blanchiment des dents
11. Implant dentaire
12. Greffe osseuse

SILHOUETTE

13. Culotte de cheval
14. Lipoaspiration abdominale + taille
15. Tablier abdominal + culotte cheval
16. Tablier abdominal seul

SEINS

17. Réduction mammaire
18. Augmentation mammaire
19. Ptose mammaire

CALVITIE

20. Implants capillaires

Si vous désirez bénéficier d'une augmentation mammaire, précisez la taille actuelle de votre bonnet de soutien-gorge ainsi que la taille désirée :

La taille actuelle :

Taille souhaitée :

Antécédents médicaux et chirurgicaux

- Avez-vous des antécédents allergiques ? Oui Non
 - Si oui, à quel (s) médicaments ou produits êtes-vous allergiques ?
.....
- Avez-vous des antécédents cardiovasculaires ? Oui Non
 - Si oui, précisez :
.....
 - Traitement en cours :
.....
.....
.....
.....

- Êtes-vous diabétique ? Oui Non
 - Si oui, êtes-vous sous traitement ? Oui Non
 - Précisez votre traitement :
.....
 - Dernière valeur de glycémie :
.....

- Etes vous suivi(e) pour une affection particulière ?
 - Si oui, précisez :
.....

- Etes vous traité(e) pour une autre pathologie ? *Merci de préciser tous vos traitements en cours (aspirine, pilules...)*
 - Traitement 1 :
 - Traitement 2 :
 - Traitement 3 :

- Avez-vous déjà bénéficié d'une intervention de chirurgie esthétique ? Oui Non
 - Si oui, quel type d'intervention avez-vous pratiqué ?
.....
 - En quelle année ?
.....

- Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale (autre que pour une chirurgie esthétique) ? Oui Non
 - Si oui, quel type d'intervention ?
.....
 - En quelle année ?
.....

Votre séjour

ASSUREZ-VOUS QUE VOTRE PASSEPORT EST EN COURS DE VALIDITE

- A quelle (s) date (s) envisagez-vous votre intervention ?
 - Période 1 souhaitée
 - Période 2 souhaitée
 - Période 3 souhaitée

- Souhaitez-vous une formule de séjour avec hôtel compris ? Oui Non

- Dans quel hôtel souhaitez vous séjourner ? _____

- Souhaitez-vous bénéficier d'activités particulières durant votre séjour (soins, excursions...)

Pour recevoir votre devis personnalisé et l'avis de nos chirurgiens, n'oubliez pas de joindre des photos de face et de profil de la région concernée.